

# REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor—NICOLAS OSORIO.

SERIE VII. } Bogota, Octubre 20 de 1882. } NUM. 77.

ACTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

SESION DEL DIA 22 DE AGOSTO DE 1882.

Presidencia del señor Doctor Proto Gómez.

## I

En la ciudad de Bogotá, á 22 de Agosto de 1882, reunidos en sesion ordinaria los miembros de la *Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales*, se pasó lista, y á ella contestaron los doctores Barreto, Buendía, Castañeda, Gómez, Ibáñez, Medina, Michelsen, Montoya, Olaya, Osorio, Pizarro, Roca y Zerda.

Habiendo el *quorum* reglamentario, declaróse abierta la sesion.

## II

Leida el acta de la sesion anterior, fué aprobada en todas sus partes.

## III

En seguida dióse lectura á una nota del señor Secretario de Instrucción pública de la Union, número 2,565, fecha 17 de Agosto último, dirigida al señor Presidente de la Sociedad. Por dicha nota, atendiendo el honorable señor Secretario al género de estudios á que esta Corporacion se dedica, demanda de sus miembros un informe sobre los trabajos científicos del señor Carlos Manó, y las muestras minerales de carbon y cobre que ha presentado dicho señor al Ejecutivo federal, en cumplimiento de un contrato. Agrega el señor Secretario, en su citada nota,

que los gastos exigidos para desempeñar ese trabajo serán de cargo del Tesoro nacional.

Puesto en consideracion de la Sociedad el contenido de la nota, cuyo resúmen se ha hecho, emitieron concepto respecto á él los doctores Zerda, Buendía, Montoya, Medina y Osorio; concluyendo la discusion con aprobarse la proposicion siguiente, presentada por el doctor Buendía:

“La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales resuelve contestar al señor Secretario de Instruccion pública de la Union su nota número 2,565, de 17 de los corrientes, manifiestándole:

“1.º Que nombrará una comision plural que examine los trabajos científicos del señor Manó, y analice las muestras mineralógicas que los acompañan, y que pasará oportunamente, por conducto del señor Presidente de la Sociedad, el respectivo informe, y la cuenta de gastos ocasionados con tales trabajos, al Despacho respectivo; y

“2.º Que la Sociedad discutirá el trabajo que sobre tal asunto le presente la comision, y que al aprobarlo, dándole su apoyo y autoridad, acepta la responsabilidad científica de él.”

Sin ser modificacada en ninguna de sus partes se aprobó esta proposicion, despues de lo cual el señor Presidente designó para desempeñar la comision á los señores Liborio Zerda, Luis María Herrera y Francisco Montoya.

#### IV

Interrogados los socios por el señor Presidente sobre la marcha de la epidemia de viruela reinante, y si se les habian presentado casos de ella en su práctica urbana, expusieron algunas opiniones, no obstante que á ninguno se le habia presentado de ninguna especie.

El doctor Osorio, miembro de la *Junta de Sanidad*, informó que ésta tomaba á la sazón las medidas de precaucion convenientes contra dicha epidemia, procurando organizar, como una de las más urgentes, una oficina para propagar la vacuna.

Por no haber ningun otro asunto de qué tratar, se levantó la sesion á las seis y média de la tarde.

El Presidente, **PROTO GÓMEZ**,

El Secretario, *Jesus Olaya L.*

### OPERACION DE TALLA HIPOCASTRICA. ✓

El señor José del Cármen García, de edad de 45 años, vivia en el pueblo de Suratá, á distancia de 15 leguas de esta ciudad, y padecia de una estrechez uretral complicada con un catarro crónico de la vejiga, que lo habia estenuado bastante. Acostumbraba sondearse con una sonda de gutapercha número 6, para remediar á la retencion de orina, y con este motivo ocurrió que, en una ocasion en que se sondeaba, se quebró la sonda, y quedó una parte de ésta, de la longitud de siete traveses de dedo, en el canal de la uretra; la que por maniobras imprudentes penetró hasta la vejiga. En ese estado se llamó al doctor Aurelio Mútiis, quien en el acto juzgó que el paciente necesitaba de la operacion de la talla, y ordenó su traslacion á esta ciudad, donde contaba con los recursos necesarios para la operacion y curacion consecutiva. El paciente no vaciló en someterse á esta operacion, tanto por la confianza que le inspiraba el cirujano, cuya reputacion está muy bien sentada, como tambien porque sus sufrimientos eran muy crueles: el tenesmo era frecuente y muy intenso, la mixion dolorosa y casi nula, la region hipogástrica era muy sensible. Al llegar á esta ciudad fué atacado de una bronquitis, circunstancia que hizo aplazar la operacion hasta el dia 28 de Junio último, diez dias despues del fracaso ocurrido. En dicho dia el doctor Mútiis llamó al doctor Ezequiel García B. y á mí, para que lo acompañáramos á operar. Estaba decidido á practicar la talla hipogástrica, por carecer de catéter, de litótumo y de los demas instrumentos especiales que requieren

las otras tallas. Al efecto, fué colocado el paciente en una mesa á propósito y en la posicion conveniente; despues de llenar perfectamente con agua tibia la vejiga, se le cloroformizó, á pesar de los temores que infundia la accion del anestésico, por cuanto que la tos era muy frecuente ó era casi seguro que aumentara con la excitacion producida por él; empero, ante la urgencia que habia en operar pronto y lo doloroso de la operacion no se podia vacilar, y el éxito sancionó favorablemente su empleo. En seguida el doctor Mútis, con la serenidad que da el conocimiento de lo que se va á hacer, practicó la incision en el abdómen, de la longitud de cinco traveses de dedo; cortó luégo la aponeviosis del músculo recto, levantó el peritonéo con el dedo encorvado en forma de gancho; hizo la incision sobre la vejiga, é introduciendo el dedo en este órgano, estrajo el pedazo de sonda, en ménos, todo, de 10 minutos, sin que tuviera necesidad de rectificar ninguna incision, como si hubiera estado habituado á hacer esta clase de operaciones.

Es evidente que la mayor gravedad de una operacion consiste en la manera de ejecutarla; pero tambien es cierto que la curacion exige mucho tino del cirujano, y éste no faltó al doctor Mútis, quien prescribió el tratamiento siguiente:

1.º Ordenó que se mantuviera al operado en la posicion de cúbito dorsal, en un plano inclinado, para factlitar la salida de la orina, é impedir la infiltracion minosa;

2º Siendo difícil la aplicacion del procedimiento desinfectante de M. Lister, prescribió paños frios, de una solucion fenicada, continuados á fin de obtener el efecto sedante, y tambien para limpiar y desinfectar la herida;

3º La dieta láctea y algunos caldos fueron la alimentacion aconsejada, y como la tos fuese muy obstinada, se le prescribió un loc opiado.

4º En la herida solamente se hizo un punto de sutura en la parte superior, quedando libre en su parte declive para la salida de la orina. No se aplicó la sonda permanente, por el temor

de agravar la inflamacion vesical, ni tampoco se apeló al tubo de *drenaje*, porque, segun la opinion de Malgaigne, Nelaton y algunos otros maestros, todos estos medios son inútiles; y

5º Se prohibió el uso de bebidas en gran cantidad, que aumentaron la secrecion minaria, é hicieron más activo el derrame de orina por la herida, y más urgente la necesidad de sondearlo.

En la tarde del dia de la operacion se presentó la fibre de supuracion, la cual, moderada por la dieta, cesó á los dos dias, dejando al paciente más debilitado. Por esta razon se prescribió una pocion tónica con extracto de quina. A los cinco dias no salia ya orina por la herida; la supuracion era fétida y la debilidad era bastante notable. Se insistió en las aplicaciones desinfectantes, y además de la pocion tónica, se adicionó la alimentacion con vino de peptona.

A los diez dias la supuracion habia modificado, el pus era LOABLE y la fetidez casi habia desaparecido. Medicacion la misma.

A los veinte dias la herida cicatrizó perfectamente, y el estado general era bueno.

Continúa bajo los cuidados del doctor Mútis, quien se ocupa de combatirle la estrechez y el catarro vesical consecutivo á ella. Ha logrado pasarle ya el número 10 medida por la hilera metálica, y el paciente sale á la calle.

En presencia de las estadísticas que dan los autores franceses sobre la talla hipogástrica, es preciso reconocer que la operacion practicada por el doctor Mútis demuestra mucha habilidad, y merece ser conocida por la honorable Sociedad de Medicina de Bogotá, para estímulo de los jóvenes que han logrado ejercer con lucimiento la profesion, sin salir de las breñas de los Andes, y tambien para honor de los profesores de la Escuela de Medicina, quienes han difundido con el mayor desinterés sus conocimientos.

Bucaramanga, Julio de 1882.

EUSEBIO CADENA.

## LA OPERACION DE BATTERY.

Señor Redactor de la *Revista Médica*—Bogotá.

Remito á usted dos observaciones tomadas en el servicio del doctor Larroyene, de esta ciudad, relativas á la operacion de Battey, ó sea la ablacion de los ovarios sanos ó poco alterados, con el fin de remediar á ciertos estados morbosos dependientes de estos órganos.

1.<sup>a</sup> OBSERVACION.

N. Geoffroy, de 24 años, sin antecedentes, sirvienta de profesion, entra á la Caridad el dia 5 de Abril de 1881. Nos dice haber tenido siempre, hasta hace pocos años, buena salud; Su primera menstruacion á los 14 años fué regular y duró 4 años; las siguientes se han pasado bien. A los 22 años se casó y ha tenido 3 hijos; el último hace 13 años. Todos sus partos han sido regulares. Sus sufrimientos uterinos han empesado hace 3 años; menstruaciones muy abundantes, más frecuentes que lo normal y acompañadas de dolores intensos; la miccion de la orina dolorosa y frecuente; en varias ocasiones ha tenido retension y necesidad de que se practique el cateterismo

El dia de su entrada al Hospital fué cuidadosamente examinada y el doctor Larroyene nos hizo ver un tumor fibroso, encajado en el cuello del útero, de superficie granulosa y más ó ménos resistente. La enferma tiene fuertes dolores en la region lumbar y pierde cierta cantidad de sangre al ejecutar todo esfuerzo. Su estado general es satisfactorio, pues á pesar de sus metrorragias, ha conservado su robustez.

El cirujano instituye un tratamiento así: ergotina Yvon en inyecciones hipodérmicas; inyecciones vaginales astringentes, reposo. Se pasan dos meses, y como no hubiese mejoría ninguna, se examina nuevamente el tumor uterino. Este continúa creciendo; por el tacto vaginal se puede llegar al cuello y contornearlo con facilidad, y aún más, se puede introducir el dedo entre

la pared anterior del cuello y el tumor, que se encuentra encajado y fijo á la pared posterior del mismo cuello. La metrorragia es siempre abundante. Se aplica la pasta de cloruro de zinc durante 4 horas, y una parte del tumor es eliminada. Seis dias más tarde la enferma sintiéndose mejor, deja el Hospital para tratarse en su casa. El 26 de Marzo de 1882 vuelve al servicio; examinada, encontramos el cuello completamente dilatado y muy bajo; el tumor aumentado de volúmen, las metrorragias muy abundantes; la enferma está pálida, muy abatida; los dolores son violentos á las épocas menstruales y la enferma reclama alguna intervencion quirúrgica que la alivie. M. Larroyene, en vista del peligro en que estaba la enferma, y viendo todo tratamiento anterior inútil, decide practicar la ablacion de los ovarios.

La anestesia producida y en medio de una atmósfera anti-séptica, el cirujano practica una incision de diez centímetros, empezando á 4 centímetros encima de la sínfisis pubiana. Esta incision es en todo semejante á la que se practica en los casos ordinarios de ovariectomía para los quistes del ovario. Se procede lentamente y haciendo la hemostasis hasta llegar sobre el útero. Se encuentra el útero y el tumor íntimamente adherentes de tal modo, que su extraccion presentaria dificultades y contra indicaciones si se quisiera practicar la ablacion por el método de Porro; el pedículo tendria por lo ménos 20 centímetros. En este estado se procede á la extraccion del ovario izquierdo, lo que se hace entre dos ligaduras y con la mayor facilidad; se extrae luego el derecho, que presenta más dificultades, pues el tumor lo habia rechazado un poco hácia abajo. Queda ahora la última parte de la operacion, por cierto lo que requiere mayor atencion, lavar la cavidad peritoneal con esponjas finas y antisépticas y limpiarla cuidadosamente á fin de evitar el dejar allí coágulos de sangre ú otros líquidos.

Hecho esto, se hace la sutura abdominal; se ponen los vendajes respectivos y todo está terminado.

La operacion fué practicada el 27 de Marzo; por la noche

la enferma sufría dolores lumbares y se practicó una inyección de morfina. Bajo todos los otros puntos de vista va bien; temperatura, 38.2.

28. Temperatura, 38.4.

29. Primera curación, temperatura, 38.8. La herida abdominal en buen estado; no hay supuración.

Abril 4—Sigue bien. Temperatura, 38.

— 14—Epoca que corresponde á su período menstrual; la enferma tiene ligeros dolores uterinos; no hay pérdida de sangre. Al tacto el tumor ha disminuido; el orificio del cuello ménos abierto.

Mayo 4—Cuello cerrado, tumor muy reducido. Nada de hemorragia. Estado general satisfactorio. La enferma deja el Hospital.

La enferma ha vuelto al Hospital á dar cuenta de su estado y sigue bien; hace 4 meses que no pierde una gota de sangre.

## 2ª OBSERVACION.

Mujer de 52 años, cocinera, madre de 4 hijos, todos muertos muy jóvenes. Entró al Hospital el 17 de Mayo.

No me detengo en la historia de su enfermedad por ser muy semejante al caso anterior. Se trata de un fibroma uterino que produce hemorragias graves hace algunos años. Tratamientos anteriores sin ningun éxito. Intervención indicada.

El doctor Lorroyene practica la operación de Battery, pero aquí nos encontramos con una nueva dificultad. El ovario izquierdo presenta un quiste del tamaño de una naranja; este quiste tiene muchas adherencias y su extracción presenta dificultades. En una de las tracciones operadas sólo este quiste se rompe. Su pared y todo su contenido cae á la cavidad peritoneal. La extracción del ovario derecho no presenta dificultad. Se termina la operación y la enferma muere al día siguiente desgraciadamente. La causa de su muerte ha sido una peritonitis intensa.

He creído conveniente hacer conocer el resultado de ambas operaciones, pues el único medio de poder determinar el valor de este nuevo método de tratar las hemorragias uterinas, es llevando una estadística rigurosa en que aparezcan todos los casos, buenos y malos. No obstante sí haré observar que la segunda enferma se presentó en muy malas condiciones; flaca, profundamente anémica y su constitucion destruida por enfermedades anteriores. Además, creo que si no se hubiera presentado el accidente del quiste de que he hablado, se habria obtenido un resultado mejor.

Es así como Thomas Gaillard dice que en 34 operaciones de anatomía en casos semejantes se han obtenido 25 curaciones, lo que forma una estadística de las más favorables.

Peaslee, de New York, la practica en las casas de historia de filapsia y de neuralgia ovárica y de obtener mejores resultados. Esta práctica no es seguida en los hospitales de Francia, pues realmente para ir tan léjos es preciso ser cirujano norteamericano.

Con sentimientos de consideracion quedo del señor Redactor atento seguro servidor,

CÁRLOS E. PUTNAM.

Lyon, 4 de Agosto de 1882.

---

---



### APARATO ASPIRADOR

DE LOS FRAGMENTOS DE CÁLCULOS DESPUES DE LA LITOTRICIA, POR LOS SEÑORES FONNEGRA Y DURAN.

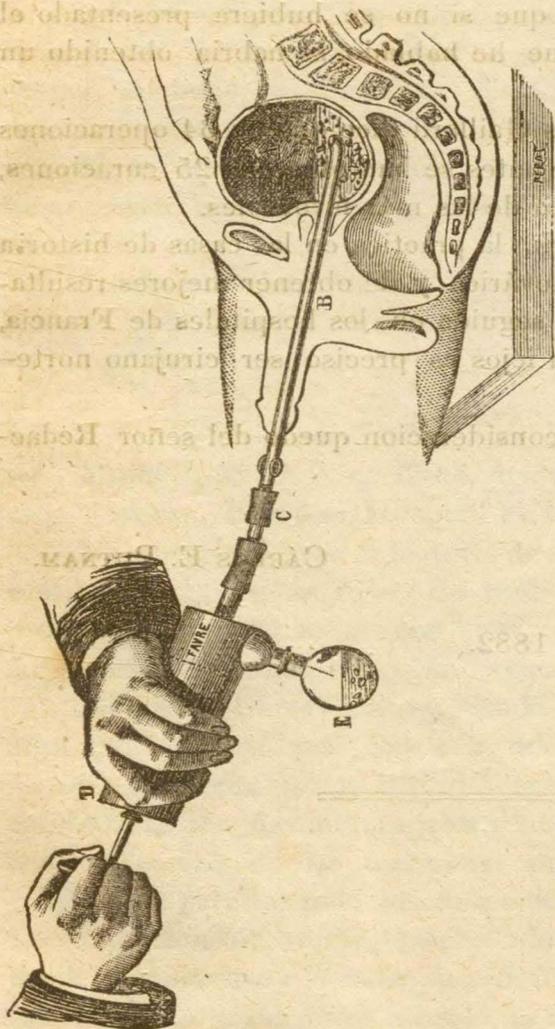
La *Gaceta de los Hospitales* registra lo siguiente:

“*Sociedad de Cirugía.*”

M. Labbé presenta, de parte de los señores Fonnegra y Duran, un aparato destinado á evacuar los fragmentos de los cálculos despues de la litotricia por el método de Bigelow, es decir, despues de las operaciones de larga duracion.

“El aparato, construído por M. Fabre, es muy sencillo, de fácil fabricacion y desprovisto de válvulas, llaves, &c., que complican inútilmente el mecanismo. Los fragmentos de cálculos extraídos á cada aspiracion, no son rechazados á la vejiga, como puede verse experimentalmente.

“El aparato es inalterable, todo de metal y más ventajoso á este respecto que los aspiradores empleados hasta hoy por



Bigelow, Thompson, &c., todos los cuales son más ó ménos complicados y tienen peras de caucho, que al cabo de algunos meses se alteran perdiendo su elasticidad.

“La aspiracion, en este aparato, es mucho más enérgica y franca: las peras de caucho, cuya distencion es lenta y perezosa, no son bastate, en nuestra opinion, á evacuar completamente una vejiga llena de residuos calculosos.

“Así, pues, ser de lenta aspiracion y hacer muy larga la operacion, son dos desventajas de los aparatos que se usan actualmente.

“Se puede usar este aparato como aspirador y como jeringa para lavar la vejiga.”

\* \* \*

Terminada una operacion de litocenosis, quedan en la vejiga fragmentos de cálculos, que es preciso evacuar, si se quiere obtener favorables resultados.

A veces basta á este fin la sola accion de las fuerzas organicas; y así se han visto individuos cuya vejiga estaba sana y cuya uretra bastante amplia, expulsar voluminosos pedazos líticos. Pero desgraciadamente son tan raros estos casos, que los cirujanos no han dejado de buscar con ahinco el medio de evitar la presencia de aquellos cuerpos en el receptáculo de la orina, y los accidentes que puede causar su paso á travez de las vías externas de la urinacion.

Algunos médicos, despues de extraido el rompe-piedra, han hecho orinar al paciente con el fin de provocar la expulsion de los residuos calculosos. Esta práctica es inútil cuando no perjudicial, pues por una parte, la uretra y el cuello vesical supersxitados por la litoprinia, se contraen con fuerza y no dejan pasar sino fragmentos insignificantes, y por otra, si como sucede á menudo, la mucosa del canal ha sido ligeramente desgarrada al extraer el litotriptor, el paso de la orina sobre las desgarraduras, puede ocasionar sérios accidentes. \*

\* Voillemier & Dentu.

Otros han aconsejado la aplicacion de una sonda permanente ó el cateterismo practicado tantas veces cuantas sienta ganas de orinar el enfermo. Pero si la sonda permanente tiene la ventaja de alejar del cuello de la vejiga los fragmentos de cálculos, presenta tambien el terrible inconveniente de producir graves ulceraciones en la uretra, sobre todo, en los individuos cuyas fuerzas están debilitadas; y son tan frecuentes los deseos de la miccion despues de la litotricia que en tales circunstancias no deja de ser peligroso el cateterismo.\*

Con el objeto de evitar estos inconvenientes, se inventaron las sondas evacuadoras, entre las cuales figuran las de Leroy, de Pasquier, de Mercier y de Voillemier.

La sonda evacuadora de Leroy, una de las primeras conocidas, es bastante gruesa y presenta al nivel de la curva una abertura alargada, cerrada por una válvula; ésta, es movida por medio de un estilete á que está articulada, lo que permite dejar libre el orificio del instrumento, siempre que se desee. Tiene además un mandrin bien dispuesto para quebrar los fragmentos líticos que por tener mayor volúmen que la sonda, se detengan en la cavidad de ésta.

La sonda de Pasquier es de curva ordinaria, y tiene al nivel del pico dos grandes aberturas, que no se corresponden: su cavidad recibe un mandrin en forma de tirabuzon, que se extrae para hacer las inyecciones en la vejiga.

La de Mercier es de doble corriente, y presenta en el origen de la curva, un orificio que se cierra con la extremidad de un mandrin de ballena. Estando ya en la vejiga, se saca el mandrin y se inyecta agua por el conducto exterior, la cual pasa por unos agujeros que tiene el pico de la sonda; y se establece así una corriente destinada á evacuar los residuos calculosos.

Tanto este instrumento, como el de Leroy, presentan el inconveniente de tener muy pequeña la abertura vesical. Por eso Voillemier hubo de construir otro instrumento evacuador, que

\* Voillemier & Dentu.

más tarde fué modificado por M. Mathieu. Así modificado, se compone de dos goteras, que deslizando una sobre otra, forman un cuerpo cilíndrico de extremidad curva. La gotera inferior, más profunda que la otra, tiene una doble pared, que hace de ella, una sonda de doble corriente, y presenta en sus bordes una ranura donde desliza la pieza superior. La extremidad de ésta consta de muchos segmentos transversales, movibles unos sobre otros, lo que le permite amoldarse á la curva que presenta la otra. Introducida en la vejiga la sonda que nos ocupa, se tira la pieza superior por medio de un anillo, y queda así descubierta toda la porcion vesical de la gotera inferior. Entónces, por medio de un tubo dispuesto para recibir la extremidad de una jeringa, se inyecta agua en el conducto del segmento inferior, y removidos de este modo los fragmentos líticos, se introducen en la sonda.

Más tarde aparecieron aparatos para extraer los residuos calculosos, por medio de la *aspiracion*.

Bigelow, al inventar el año de 1875 su procedimiento de *litolapaxia*, que, sea dicho de paso, promete sorprendentes resultados, no solo se contentó con hacer construir un litotriptor especial, sino que imaginó un aparato aspirador, compuesto principalmente de una sonda y una bomba de caucho. Thompson lo modificó más tarde, pero dejó subsistente la bomba de caucho.

Colver, en Inglaterra, inventó tambien otro, en que se efectúa la aspiracion por el mismo mecanismo, es decir por medio de una bomba elástica.

No ha mucho Robert y Collin tuvieron la brillante idea de reemplazar la bomba de caucho del aparato de Colver, por un tubo de vidrio á que está adherido un cuerpo de bomba, cuyo émbolo es movido por una cremallera y una rueda.

Por último, tenemos el placer de registrar el aspirador de dos compatriotas nuestros, los señores Fonnegra y Duran, que ha merecido la honra de ser presentado á la Sociedad de cirugía de Paris por uno de los más eminentes representantes de la ciencia, por M. Labbé.

En el aparato de M. M. Robert y Collin, el émbolo es movido, como hemos dicho, por una cremallera y una rueda, lo que hace cómoda la manipulacion ; y los residuos calculosos se depositan en el tubo de vidrio que hace continuacion al cuerpo de bomba. En el de los señores Fonnegra y Duran, segun puede verse en el gravado que acompañamos, el émbolo se mueve directamente con la mano, y los fragmentos de cálculos se depositan en el globo de vidrio que está unido al cuerpo de bomba.

Sin duda alguna, los aparatos aspiradores son útiles cuando por efecto de una parálisis de la vejiga ó de una hipertrofia de la próstata, los fragmentos líticos se acumulan detras de esta glándula, y no pueden ser expulsados.

GABRIEL ANGULO.

Bogotá, Octubre 13 de 1882.

---

### AFECCIONES CUTÁNEAS DE ORIJEN NERVIOSO

CONSIDERADAS BAJO EL PUNTO DE VISTA ANATOMO-PATOLÓGICO Y CLÍNICO, POR H. LEOIR.

Hace mucho tiempo que las relaciones que existen entre el sistema nervioso y la nutricion de la piel, han sido señaladas por los autores. Aunque los trabajos de algunos profesores, tales como los de los señores Notta, Parrot, Axenfeld, Paget, &c. hayan hecho entrever la accion que tiene el sistema nervioso en la produccion de las lesiones cutáneas, puede decirse que este estudio es de época reciente. Estas investigaciones no han comenzado á tener bases sólidas sino en estos últimos tiempos en que se ha demostrado de una manera irrefutable la influencia que tiene el sistema nervioso en la nutricion de los tegidos y sobre todo en la de la piel, en una palabra, despues de la demostracion de la funcion *trófica* del sistema nervioso, es que el observador se

pregunta si cierto número de afecciones de la piel depende de una lesión del sistema nervioso central ó periférico.

Si las lesiones cutáneas que suceden á las afecciones traumáticas del sistema nervioso son bien conocidas, si ciertas afecciones cutáneas que coinciden con otras lesiones del sistema nervioso central ó periférico se atribuyen de una manera innegable á las del sistema nervioso, no sucede lo mismo con las verdaderas dermatosis. Sin embargo, puede decirse respecto de éstas que muchos puntos oscuros comienzan á descubrirse y que esta luz que se presenta se debe al progreso de la anatomía patológica cutánea, porque aunque es cierto que la clínica nos hace sospechar las lesiones del sistema nervioso, en muchos casos la anatomía patológica sola permite afirmar esta patogenia. El origen nervioso del zona, por ejemplo, desconocido ántes, no ha sido demostrado á pesar de los trabajos clínicos de Parrot sino el día en que Baresprung, Charcot y Cotard &<sup>a</sup> dieron la prueba anatomo-patológica; es pues, así lo creemos, el estudio preciso de las lesiones del sistema nervioso central ó periférico en los individuos atacados de dermatosis verdaderas que uno podrá desenredar esos caós; lo que se ha hecho ya con algunas de ellas; por consiguiente nosotros no estudiaremos sino las afecciones cutáneas en las cuales se han observado lesiones nerviosas ya centrales, ya periféricas. Se puede establecer como principio absoluto que las lesiones nerviosas que se observan en las dermatosis no son secundarias á la afección cutánea sino primitivas.

Las dermatosis en las cuales se han demostrado lesiones nerviosas son: la lepra, el zona, el mal perforante, ciertos casos de vitiligo, el ichthyosis, el pénfigo, la ectima, las gangrenas cutáneas y el eczema.

Yo debería añadir á esta lista una afección cuya relación con el sistema nervioso es conocida desde hace largo tiempo, y en la cual el doctor Déjérine acaba de demostrar recientemente lesiones de los nervios periféricos, hablo de la pelagra.

Nada diré del *xanthélasma*, afección tan interesante y tau

bien descrita por el doctor Chambard; ni del myxadéma. No se ha podido aún fijar bien, apesar de los trabajos del doctor Chambard, el estado de los nervios en el xanthélasma. En cuanto al myxadème, afeccion de interes reciente, no se ha hecho sino una sola autopsia en la que William Ord, ha encontrado una especie "de encapuchonamiento." de las extremidades nerviosas en la sustancia mucoide que infiltra la piel.

#### ZONA.

Considerada por mucho tiempo como una especie de exantema y colocada como tal entre las afecciones erisipelatosas, el zona consituye actualmente el tipo de las dermatosis de origen *trófico*. La demostracion del origen nervioso del zona ha tenido consecuencias clínicas y anatomo-patológicas de suma importancia. A M. Parrot toca el honor de haber indicado por un buen estudio clínico el origen nervioso del zona. En todas las observaciones del zona, publicadas hasta hoy, en las cuales se ha hecho el exámen anatomo-patológico, se han demostrado siempre lesiones nerviosas.

Danielsen en 1861 hizo la autopsia de un individuo que murió de zona intercostal y demostró un aumento notable de los nervios intercostales correspondiendo con nebritis intersticial. Esmarch, en un zona, siguiendo el trayecto del nervio ciático encontró una infiltracion edematosa de este nervio al nivel de la escoladura. Barenspung, en 1868, publicó una observacion anatomo-patológica detallada de zona intercostal; desgraciadamente no se conocia entónces el empleo del ácido osmico en istiológia. Chancot y Cotand dieron á conocer en la Sociedad de viología una importante observacion de zona del cuello que presentaba las lesiones istológicas de la nebritis intersticial de los nervicios cervicales. Estos hechos anatomo-patológicos han sido confirmados por observaciones hechas por oculistas que han encontrado el origen nervioso del zona oftálmico.

Vemos, pues, que clínicamente y anatomo-patológicamente,

el origen nervioso del zona está demostrado de una manera absoluta en la mayor parte de los casos, al ménos.

Pero, si el origen nervioso del zona está demostrado casi enteramente, existen aún en el estudio de esta afeccion muchos vacíos por llenar, muchas investigaciones que hacer.

Si la lesion de los ganglios nerviosos ha sido hallada en el mayor número de casos, aún en el zona oftálmico (ganglio de Gasser), nuestros conocimientos sobre el estado de los nervios periféricos en la misma enfermedad son muy incompletos y exigen nuevas investigaciones.

Este exámen de los nervios periféricos en el zona tiene una grande importancia, porque no se puede actualmente afirmar, con Barensprung, que el zona dependa siempre de una lesion de los ganglios espinales. En efecto, las consideraciones siguientes no permiten admitir esta opinion: los zonas suceden á las lesiones traumáticas en donde hay nervios periféricos; se posee un gran número de observaciones de zonas acaecidos en el curso de enfermedades de la medula en particular, en las mielitis centrales ó en la ataxia (y bien, hasta aquí, los ganglios siempre han sido hallados intactos en esta última afeccion). Por otra parte, ¿ como explicar con la hipótesis de Barensprung los desarreglos motores (*parésias*, *anyotrophias*) en ocasiones demasiado persistentes que suceden á los zonas? ¿ Cómo interpretar los zonas dobles, de los cuales se puede encontrar un crecido número de ejemplos en la ciencia? En fin, existen autopsias de zona en donde no se han podido demostrar alteraciones del ganglion espinal. (Werduen, Kaposi).

Una cosa parece sorprendente y exige nuevas investigaciones; ¿ como explicar el hecho de que en los casos de zona en que el ganglion espinal estaba alterado y habia sido considerado como la causa de la afeccion, las raices posteriores estaban sanas? ¿ Cómo interpretar este hecho que parece completamente en desacuerdo con la teoría?

¿ Cómo explicar igualmente los casos en que los nervios in-

tercostales emanados de gangliones espinales enfermos permanecían sanos, ó al ménos en que los tubos nerviosos que contenía parecían estarlo? Si el exámen de los nervios en la mayor parte de los casos está notoriamente sujeto á errores, habiendo sido practicado ántes el empleo del ácido ósmico ¿ cómo explicar este hecho cuando los nervios intercostales han sido examinados segun los procedimientos recientes por un histologista hábil como M. Chandelux, y esto bajo la direccion de M. Renant? Notemos no obstante que M. Chandelux no está del todo afirmativo sobre el estado de la integridad de los tubos nerviosos y que la lectura de su observacion respecto de los nervios intercostales no puede dejar sino dudas en el espíritu. Nuevas investigaciones son pues necesarias ántes de concluir que estamos en presencia de casos en desacuerdo con la teoría *valeriana*.

En resúmen, está demostrado actualmente que el zona es ordinariamente, si no siempre, una afeccion cutánea de origen trófico, y que puede presentarse despues de lesiones diversas del sistema nervioso. Se le ha hallado en el curso de afecciones diversas del sistema nervioso y es raro en las afecciones cerebrales; sin embargo los señores Oppolzer, Duncan, Payne, Chancot, Hesselink y Chrostek han publicado ejemplos de este hecho; es mucho más frecuente en el curso de afecciones de la medula, en particular en el curso de la ataxia (Charcot, Vulpian, Leonville, Kaposi &c). Hay por último un hecho sumamente curioso, y que parece á primera vista en contradiccion con lo que conocemos sobre la fisiología de la medula y es que se le ha señalado en el curso de la parálisis espinal subaguda (Charcot).

El zona de origen periférico consecutivo, ya sea á una leccion de los gangliones (Boerenspreng, Charcot &c.) ya sea de los nervios periféricos (Danielsen, Ermach, Charcot, Rouget, Leodet &c.) ya sea una lesion originada únicamente sobre las raices espinales posteriores entre la médula y el ganglion (Werdner) es muy frecuente.

## LEPRA.

Sabemos que se distinguen tres formas de lepra : tuberculosa, anestésica y maculosa. Esta última forma coincide con frecuencia con la forma anestésica. Ciertos autores, entre ellos Neumann, parecen confundir con esta última forma la *morphea alba* ó queuloide de Addison.

Las diferentes formas de lepra se observan con frecuencia simultánea ó consecutivamente en el mismo individuo. Puede decirse, sin vacilar, que la lepra, á pesar de sus modos y aspectos tan diferentes, es probablemente única en su naturaleza.

No hay afección de la piel en donde los desarreglos de la sensibilidad sean tan pronunciados como en la lepra. Estos desarreglos están, como Virchow lo ha demostrado, el primero, bajo la dependencia de una alteración considerable de los nervios periféricos. \*

No solamente los nervios cutáneos sino aún los periféricos presentan á distancia de sus últimas expansiones, como puede observarse durante la vida, tumefacciones fusiformes sobre su trayecto. Otros autores nos han hecho notar que los casos en donde la lesión se encuentra en la parte interna de la mano y de los últimos dedos coinciden con su aumento de volúmen en el nervio cubital.

Danielsen y Boeck, los primeros, han señalado las alteraciones de la medula y de sus envolturas. En ciertos casos la atrofia de la medula estaba tan marcada que redujo su diámetro al de un lápiz comun. Estos mismos autores han encontrado igualmente en el encéfalo, sobre todo al nivel de los nervios craneales, las exudaciones meningíticas que son frecuentes al nivel de la parte posterior de la medula. Stenduer, veinte años despues, en un caso de lepra mutilante, describió una alteración considerable

\* El doctor Eloy Ordóñez, colombiano y celebre micrógrafo, hizo trabajos desde 1859 sobre este asunto y demostró la destrucción lenta de los tubos nerviosos. (N. DEL R.)

(transformacion coloide) de la sustancia gris de la medula, sobre todo en los cuernos posteriores. Neumann ha encontrado igualmente alteraciones coloides de los vasos de la medula especial y de la sustancia gris. Langhans, además de las lesiones ya mencionadas, ha observado un reblandecimiento de las columnas de Clarke. Estas alteraciones se observan, sobre todo, en la medula cervical y dorsal superior. La sustancia medular que está al rededor de estos focos de reblandecimiento se ve infiltrada de células embrionarias como en la mielitis. Los cordones posteriores y laterales presentan un aspecto gris y una consistencia más densa, sobre todo en la medula cervical.

Recientemente, Jschirgero, sobre una medula de leproso examinada despues de cuatro años de endurecimiento, descubrió, en la region cervical en las sustancias gris y blanca, y sobre todo en la sustancia gelatinosa de los cuernos posteriores, pequeños cuerpos sumamente alargados, coloreados por la purpurina y la hematoxilina y una inyeccion de las venas medulares de pequeñas hemorragias situadas en la parte anterior del cuerno posterior izquierdo. Las vainas linfáticas de los vasos, en particular de los centrales, estaban más ó ménos infiltradas de células linfáticas. Los cuernos anteriores no presentaban ninguna alteracion apreciable. En los cuernos posteriores se podia observar una disminucion en el número de las células que estaban más ó ménos alteradas: desaparicion de los prolongamientos, límites ménos marcados, reduccion del protoplasma de la célula, pero conservacion del núcleo y del nucleolo. Por lo demás, la sustancia gris misma de los cuernos posteriores no presentaba ningun vestigio de organizacion, y estaba transformada en una masa más ó ménos opaca, granulosa, más coloreada que la sustancia sana. Todas estas lesiones eran bastante simétricas. Las raices espinales estaban sanas.

Las alteraciones medulares descritas en la lepra por los autores precedentes, pueden, en ciertos casos, por lo demás, ser adivinadas clinicamente, á causa de la presencia de fenómenos

espinales (atrofia muscular progresiva, fenómenos ataxicos, &c.) presentados en algunos leprosos, como lo han probado Danielsen y Bœck, Durand-Fardel, Carter, Lamblin, Vallin, Breuer, Rosenthal, &c.

Si la existencia de nebritis periféricas en los nervios leprosos es hoy admitida por todo el mundo, no sucede lo mismo con las lesiones del sistema nervioso central que pueden encontrarse en estos enfermos. En los casos con autopsias positivas que he citado ántes, se observaron alteraciones de la medula y en particular de la sustancia gris espinal. Pero existe un cierto número de observaciones con autopsia, en las que el exámen histológico practicado con toda la escrupulosidad que era de desearse, no ha revelado ninguna alteracion medular; tales son los casos de Danielsen y Bœck de Grancher, de Leyden, y el que he publicado recientemente en los *Archivos de fisiología* en asocio con el doctor Déjerine, en los que la medula no presentaba ninguna suerte de alteracion.

La existencia de estos hechos negativos prueba que, hasta aquí al ménos, es difícil establecer una teoría sobre el origen central de la lepra. En efecto, las lesiones medulares son incontestables y, cuando existen, se podria preguntar el observador si son primitivas ó si son consecuencia de alteraciones de los nervios periféricos. He demostrado recientemente con el doctor Déjerine que no se ha dado á la nebrilis parenquimatosa la importancia que merece la patogenia de la lepra, que esta nebritis parenquimatosa no parece estar únicamente bajo la dependencia de la nebritis intersticial, que quizá, ésta nebritis intersticial no es sino consecuencia de la parenquimatosa; la existencia constante de la nebritis periférica y la inconstancia de las lesiones medulares en la lepra deben inducirnos á admitir (en el estado actual de la ciencia, al ménos) la existencia de *nebritis periféricas primitivas* en esta afeccion.

Es preciso observar que en los exámenes de la medula de leprosos, publicados desde hace algunos años, las raices espinales

posteriores se han encontrado sanas. Esta integridad de las raíces posteriores no hay razón para negarla como tampoco para admitirla; pues, si se toman como punto de partida las autopsias positivas (lesiones medulares) para admitir el origen central de la lepra, el observador se encuentra embarazado inmediatamente por la integridad de las raíces posteriores. porque es difícil concebir una lesión espinal posterior produciendo alteraciones de los nervios periféricos sin que las raíces posteriores y participando al propio tiempo de la influencia mórbida. Si se admite, por el contrario, que estas lesiones de los nervios periféricos son primitivas á la alteración de la medula que sería consecutiva (por un proceso de nebritis ascendente ú otro) se halla aún el observador detenido por las mismas dificultades. En fin, las alteraciones de la medula no son constantes y hasta hoy aún no se ha publicado un solo caso de exámen de ganglios espinales, cuyas alteraciones sean dudosas en la lepra, si se admite, lo que se dice de integridad de las raíces posteriores. Por lo demás, la cuestión es quizá más complicada de lo que parece. Micro-organismos han sido hallados en la línea por Hansen, Cornil &c. Estos resultados no tienden á otra cosa que á colocar la lepra entre las enfermedades contagiosas. Si este origen parasitario de la lepra estuviese demostrado de una manera absoluta, se podría quizá interpretar la diversidad de las lesiones del sistema nervioso observadas en la lepra por medio de la siguiente hipótesis: los parásitos estacionándose preferentemente, ya sobre los nervios periféricos solamente, ya sobre los centros nerviosos, producirían, ora simplemente nebritis periféricas, ora, por el contrario, entre estos nervios periféricos, alteraciones diversas de los centros nerviosos. Pero esta teoría de la acción local del virus sobre las diferentes partes del sistema nervioso, bien que defendida de una manera casi convincente por el doctor Landouzy, en su tesis de agregación de 1880, á propósito de las parálisis que sobrevienen en el curso de las enfermedades agudas, y adoptada recientemente por Meyer, con motivo de las parálisis diftéricas, nos pa-

recé esperar su confirmacion para la lepra al ménos. He creido conveniente emitir esta hipótesis porque daría una explicacion satisfactoria de la diversidad de las lesiones nerviosas observadas en la lepra y de las divergencias aparentes de las observaciones anatomo-patológicas.

(Continuará).

---

---

ANCINA PECTORIS. ✓

Hemos tenido ocasion de tratar un caso de angina péctoris por medio de la nitroglicerina. Siendo reciente la introduccion de esta sustancia en el tratamiento de las neurósis cardiacas, creo que algunas notas sobre dicho caso no dejarán de tener alguna importancia para los lectores de la *Revista Médica*.

J. M. de 58 años de edad. Casado y tiene 4 hijos. Los padres murieron á una edad muy avanzada. No tiene conocimiento de que en su familia haya habido enfermedades del corazon. Hace más de veinte años que está empleado en llevar leche diariamente á casas comprendidas en un área de una milla de radio. Habia gozado siempre de buena salud hasta que tuvo el primer ataque en el pecho hace dos años. Comenzó por una sensacion de calor en la region esternal, que fué aumentando de intensidad rápidamente hasta llegar á ser un dolor quemante agudísimo, acompañado de presion torásica insoportable. El dolor se extendía al hombro izquierdo y descendia hasta la mitad del brazo. Dice que sus sufrimientos eran tan grandes que creyó morir en pocos momentos. Calcula que el ataque duraria como 10 minutos, durante los cuales permaneció sentado. El acceso apareció inmediatamente despues de levantar un depósito de leche de más de ochenta libras de peso, para colocarlo en un carro. Pasado el ataque volvió á sus ocupaciones y durante tres meses no tuvo indisposicion alguna. Al cabo de este tiempo apareció otro acce-

so exactamente igual al primero. Desde entónces los accesos siguieron presentándose cada tres ó cuatro semanas, luégo cada seis á ocho dias, y últimamente, casi todos los dias. De cuando en cuando ha tomado medicinas, pero con mucha irregularidad. Los ataques siempre han sido, poco más ó ménos, de la misma intensidad y duracion. Aparecen al subir escaleras, levantar pesos ó hacer esfuerzos de cualquier naturaleza, y algunas veces sin causa inmediata apreciable. En los intervalos su salud se ha mantenido en buen estado. Los accesos vienen y se van sin dejar huella, á excepcion de la idea que constantemente lo acompaña, de que su enfermedad es incurable, y de que lo matará de un momento á otro. Se ha visto obligado á abandonar sus ocupaciones. Ha sido fumador por muchos años, pero nunca ha consumido más de média onza por semana. No es afecto á bebidas espirituosas.

Examinamos cuidadosamente los pulmones y el corazon y nos pareció que funcionaban normalmente.

Consideramos el caso como verdadera angina péctoris y ordenamos la nitroglicerina segun aconseja el doctor Murrell.

Nitroglicerina, un gramo ; agua destilada, cien gramos. Para tomar una gota en una cucharada cada cuatro horas, é igual dócis al darle el ataque—Mayo 10—82.

Mayo 14—Ha tenido un acceso diario ; pero no tan dolorosa como ántes. Por algunos minutos, despues de tomar la medicina, siente peso y palpitacion en la cabeza. Ordenamos dos gotas de la solucion al centésimo, para tomar cada 4 horas y durante los accesos.

Mayo 20—Desde la última vez que lo vimos no ha tenido sino un ataque. La palpitacion y peso de la cabeza continúan despues de tomar las gotas, pero la mejoría es marcada. Al levantarse del asiento para irse se presentó el dolor ; desgraciadamente habia olvidado la botella del medicamento, que siempre lleva consigo. Le dimos á respirar unas gotas de cloroformo. Durante el acceso, que duró cinco minutos, el número de pulsa-

ciones bajó de 76 á 60. Encontramos los pulmones y el corazón funcionando bien, El dolor, como en los otros accesos, pasó al hombro y descendió al brazo. La region external no era sensible á la presión. Su rostro estaba pálido y con expresión marcada de sufrimiento. La dosis de la solución se aumentó á tres gotas, para tomar como ántes.

Junio 1º—La palpitation de la cabeza es más intensa y dura como 15 minutos despues de tomar las gotas. Lo acompaña un zumbido de oídos muy desagradable. No ha vuelto á tener ningun acceso completo. Dos veces ha empezado el dolor, pero ha desaparecido al tomar la medicina. Está muy contento y va á volver á sus ocupaciones. Se ordenó lo mismo.

Junio 12—No ha tenido ningun ataque. Las gotas siempre le producen la palpitation en la cabeza y el zumbido de oídos, pero estas sensaciones desagradables pronto desaparecen, Se ordenó la misma dosis de la solución.

Julio 1º—Ningun acceso. Las gotas no producen ya sino ligero peso en la cabeza, y sólo por unos dos ó tres minutos. Hace ocho días que ha vuelto á sus ocupaciones. Aunque le hemos indicado que trate de no hacer esfuerzos de ninguna clase, algunas veces se ha visto obligado á levantar pesos de más de 60 libras y no ha sentido nada en el pecho. Disminuimos la dosis de la solución á dos gotas, para tomar cada cuatro horas.

Julio 14—Sigue perfectamente bien. Ordenamos la misma fórmula, para tomar cada tercer día.

Julio 28—Sigue muy bien. Mandamos suspender el medicamento.

Agosto 15—Sigue bien, y con un trabajo tan fuerte, como ántes de enfermarse.

Agosto 25—Sigue bien.

Este caso hace ver claramente la acción poderosa de la nitroglicerina en la angina de pecho. En más de dos meses el paciente no ha tenido accesos, ni el menor trastorno en su salud; sin embargo, es posible y hasta probable, que con el tiempo la

angina vuelva á aparecer. Numerosas autopsias demuestran que en el mayor número de individuos que han sufrido de esta afeccion, se han encontrado alteraciones más ó ménos extensas del corazon y sus anexos. Las más frecuentes han sido: osificacion de las arterias coronarias; degeneracion grasa de la fibra muscular del corazon; degeneraciones valvulares, y degeneraciones de las paredes aórticas.—Podemos diagnosticar aneurismas aórticos y lesiones valvulares; pero desgraciadamente, la degeneracion grasa del corazon y las alteraciones mórbidas de las arterias coronarias, son generalmente de un diagnóstico muy difícil, si nó imposible. Por tanto, debemos ser muy reservados al hacer el pronóstico, aun habiendo desaparecido todos los síntomas de la angina.

En el caso que hemos relatado y en varios publicados por Mr. Murrell, la nitroglicerina ha dado buenos resultados; no obstante, casos se han presentado en que la droga no ha modificado en nada el curso de la afeccion. Lo mismo ha sucedido con el nitrito de amilo que en Inglaterra y últimamente en Francia se ha usado en el tratamiento de la angina de pecho. Esta sustancia es muy eficaz en unos casos, y en otros es completamente inerte.

Mr. Mozon ha encontrado unas auginas acompañadas de alta tension arterial; y otras, de tension normal ó inferior á la normal. Cuando la tension es elevada, el nitrito de amilo obra enérgicamente; cuando es normal ó débil, la accion del medicamento es nula ó puede ser nociva.

La nitroglicerina, como el nitrito de amilo, hace bajar la tension arterial. Es probable que los casos refractarios á la nitroglicerina no hayan estado acompañados de alta tension. Seria conveniente, pues, tomar trazados esfigmográficos durante el acceso, para establecer el tratamiento segun la tension.

Como es natural creer que las preparaciones de nitroglicerina son de difícil manejo, por las propiedades explosivas de la droga, haremos notar que la solucion al centésimo es completamente inofensivo. De ella se ordenarán al principio dósís de una

gota. Si esta cantidad produce dolores de cabeza intensos y prolongados, ó tendencias á la síncope (esto último sucede raras veces), se disminuirá. De lo contrario, la dosis se aumentará hasta obtener los efectos fisiológicos de la droga.

ARISTIDES V. GUTIÉRREZ.

Setiembre 4 1882.—Lóndres.

---

---

## EL ALCOHOL.

SU ACCION FISIOLÓGICA, SU UTILIDAD Y SUS APLICACIONES EN HIGIENE Y EN TERAPÉUTICA.

(Continuacion.—Véase el número 72, página 547).

### *II—Accion en el tubo digestivo.*

Lunet y Lassaigne, fundándose en que el alcohol se transforma en ácido acético en presencia de una materia animal, á una temperatura de 15° á 30°, admiten que el mismo fenómeno se ocasiona se el estómago bajo la influencia del moco, que hace las veces de fermento, y la temperatura (varia entre 37° y 39° centígrados) habitual á este órgano.

Pero, segun L. Lallemand, M. Perrin y Duroy, que han hecho experiencias en perros, el alcohol está léjos de transformarse totalmente en ácido acético; no hay en él sino una débil porcion que sufre esta alteracion en el estómago; lo que explica la acidez de los vómitos que sobrevienen despues de la ingestion de bebidas alcohólicas.

Una cuestion interesante es saber en dónde se hace la absorcion del alcohol. Segun Bouchardat y Sandras, es particularmente en el estómago en donde esta absorcion tiene lugar; podria sin embargo continuarse en todo el resto de los intestinos,

cuando las bebidas alcohólicas son administradas en gran cantidad ó mezcladas con azúcar.

Esta opinion ha sido aceptada por Longet, y en estos últimos tiempos por Lallemand, Perrin y Duroy.

Un perro al cual estos últimos habian administrado 170 gramos de alcohol 21°, murió al cabo de hora y média; en su estómago se pudo recoger apénas 70 gramos de un líquido claro que no era alcohol en su totalidad.

Sin embargo, las observaciones en las cuales se fundan los partidarios de la absorcion del alcohol en el estómago, nos parecen poco concluyentes por cuanto que la desaparicion de este líquido, poco tiempo despues de su ingestion, puede depender tanto de su paso rápido por el intestino delgado como de su absorcion por la mucosa gástrica.

Por lo demás, si consideramos que Fiedemann y Gemelin han encontrado en el intestino delgado una parte del alcohol ingerido en el estómago de un caballo, tres horas y média despues; y si recordamos las interesantes investigaciones hechas por Bouley, para demostrar que el agua y diferentes líquidos no son absorbidos en el estómago de un mismo animal, nos inclinamos á pensar que la mayor parte de alcohol absorbido por el estómago pasa rápidamente al intestino delgado, y que es en esta segunda parte del tubo digestivo en donde se hace principalmente la absorcion de las bebidas espirituosas.

Nuestra idea concuerda, por lo demás, con las de nuestro sabio profesor Hüiss (de Estrasburgo) que pensaba que las bebidas en general no hacen más que atravesar el estómago, y que inmediatamente despues de su ingestion, pasan al píloro, del cual el ascenso es libre para los líquidos.

Es un hecho cierto en todos los casos que el alcohol pasa rápidamente por el intestino delgado; concentrado, produce allí, segun Jacobi, las mismas lesiones que en el estómago: la inflamacion de la mucosa, equimosis, infiltraciones sanguineas &c.

Además, aumenta las contracciones peristálticas de la túnica muscular, y facilita tambien la evaccion de las sales.

Ciertas sustancias hacen lenta la absorcion de bebidas alcoholicas; tales son los ácidos, el tanino, las materias mucilaginosas y azucaradas, y sobre todo los alimentos grasos; hecho que, segun M. Perrin, justifica la práctica inglesa que consiste en tomar un potaje con bastante grasa ó un vaso de aceite ántes de entregarse á las libaciones.

¿Cuál es pues el modo de absorcion del alcohol?

Se sabe que la absorcion intestinal se hace por dos vias principales, las *venas* y los *quilíferos*, y que, de las sustancias alimenticias, unas pasan especialmente por una de estas vias y otras por la otra. Tiedemann y Gimelin, hicieron experiencias sobre un caballo al cual habian administrado alcohol y otras sustancias; despedía olor alcohólico de la sangre de la vena porta, de la esplénica y mesentérica superior, olor que no se notaba en los líquidos de los vasos quilíferos y del canal torácico. Magendie habia ya demostrado que la absorcion del alcohol se efectuaba por las venas.

Bouchardat y Sandras, en una serie de experiencias hechas sobre diversos animales (perros, gallinas, patos), confirmaron los resultados precedentes y demostraron la presencia del alcohol en la sangre, mientras que el quilo no encerraba ninguna huella apreciable.

De esto han sacado por consecuencia que las bebidas alcoholicas son absorbidas únicamente por las vias de las venas intestinales. Hacemos nota, con Longet, que esta conclusion es quizá demasiado exclusiva, en atencion á que una parte del alcohol absorbido ha podido, en sus experiencias pasar al sistema quilífero pero una tan corta cantidad que ha impedido á los observadores determinar su presencia.

### III.—Presencia del alcohol en la sangre.

Magendie habia roconocido la presencia del alcohol en la sangre, y habia demostrado que se la podia separar de este líquido por la destilacion. Despues de él, Ségalas atribuyó la embriaguez á la presencia del alcohol en la misma sustancia.

Bouchardat y Sandras, habiendo sometido á análisis la sangre de muchos animales alcoholizados, percibieron el olor propio al alcohol en los productos de la destilacion. Pero es especialmente, gracias á las curiosas esperiencias de L. Lallemand, Perrin y Duroy, que la presencia del alcohol en la sangre ha sido perfectamente demostrada.

Estos hábiles observadores, habiendo tomado dos perros grandes y fuertes introdujeron en el estómago de cada uno de ellos, por dos veces con media hora de intervalo, 120 gramos de alcohol de 21° sin mezcla de agua, ó sea 420 gramos de alcohol puro; habiendo recogido en líquido cierta cantidad de sangre extraida de la carótide primitiva, sacaron de ella por la destilacion (aparato de Gay-Lussac), una cantidad bastante apreciable de líquido, que presentaba todos los caractéres del alcohol. “Se puede suponer, dice Mauricio Perrin, que si en estas condiciones, se encuentra alcohol no trasformado esto depende de que la sangre lo contiene con exceso. Para evitar toda equivocacion, el mismo análisis ha sido ensayado nuevamente en otros animales; nueve ó diez horas despues de la ingestion, la sangre contenia aún alcohol no alterado.”

A. MARVAUD.

(Continuará.)

---

### DEL CARATE.

TÉSIS SOSTENIDA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS POR EL  
DOCTOR JOSUÉ GÓMEZ.

(Continuacion. Véase el número 73, página 48.)

#### CARACTÉRES COMUNES EN LAS DIFERENTES ESPECIES DE CARATES.

Aparicion lenta y sin dolor, rara vez precedida de fenómenos febriles; invacion por ciertas regiones, ordinariamente

las extremidades y la cara, es decir, las partes que estan más al descubierto y mas expuestas á las influencias exteriores ó atmosféricas; color propio de cada especie; en intensidad en relacion con la edad; tendencia á asociarse, mezclarse unos con otros á consecuencia de los cambios en las influencias exteriores; propagacion tardía al resto del tegumento externo; posible localizacion en ciertas regiones; piel seca, áspera y un tanto rígida, aspecto propio y especial; de espesor en general un tanto considerable; de caída epitelial ó epidérmica variando de la descuamacion á la furfuracion, acompañada de prurito más ó ménos intenso; exhalacion de un *olor sui generis* y trabajo nutritivo exagerado de la piel; perspiracion y secrecion sudorífica ligeramente disminuida, y en fin, enfermedad que no produce deterioro en el organismo en la mayor parte de los casos y que no se extingue jamas por sí sola.

#### CARACTÉRES PROPIOS Á LA PRIMERA ESPECIE.

Color de las manchas variable entre el gris claro y el negro oscuro, de forma poco más ó ménos circular con circunferencia ligeramente festonada, rodeada de otras manchas más pequeñas y separadas por porciones de piel sana; descuamacion poco abundante y prurito soportable, lenta propagacion en el tegumento y exhalacion algunas veces infecta; produce con el tiempo en ciertos enfermos una ligera caquexia y demanda para su desarrollo un conjunto de causas etiológicas más intensas en su accion y, en fin, al cabo de la vejez, coloracion ménos intensa en las manchas y descuamacion más abundante.

#### CARACTÉRES DE LA SEGUNDA ESPECIE.

Carencia de forma determinada en las manchas; color rojo más ó ménos intenso; cierta semejanza entre el aspecto de las manchas y el de la piel, descuamacion fina y abundante acompañada de prurito intenso; invacion más ó menos tardía de todo el tegumento; exageracion en la riqueza vascular de la piel; apa-

rece en individuos fuertes y robustos y se desarrolla en regiones climatéricas expuestas á violentas corrientes de aire.

#### CARACTÉRES DE LA TERCERA ESPECIE.

Color azul ó azulado; aparición rápida de las manchas y pronta extension á todo el tegumento; formacion tardía de ciertas manchas más pronunciadas, negruzcas, alargadas y que comunican á la piel un aspecto especial bien desagradable; cambio rápido de las manchas del carate y conjunto etiológico especial.

#### CARACTÉRES DE LA CUARTA Ó SEUDO ESPECIE.

Color variable entre el amarillo claro y el blanco; forma poco fija, de ordinario ligeramente ovalada, alargada, sin descuamacion ni prurito; se manifiesta sobre los contornos articulares en los caratosos, comenzando por las pequeñas coyunturas de las extremidades y reuniéndose luego para formar anchas placas jaspeadas; siempre es la consecuencia de las especies precedentes, ya como término natural en ciertas regiones, ya como resultado de la tension ó de rudos frotamientos del tegumento externo en ciertas profesiones.

#### UNIDAD DEL GÉNERO DE LOS CARATES.

Es despues de este corto resúmen de las diversas formas del carate que creemos llegada la ocasion de decir que para nosotros no se trata sino de una sola y única especie ordinariamente denominada *carate*, las razones que damos de esto son las siguientes: 1<sup>a</sup> porque, apesar de las pequeñas diferencias de etiología para cada especie, la etiología es la misma en general; 2<sup>a</sup> no obstante la diferencia de coloracion de cada especie, la enfermedad es la misma tambien, lo que está demostrado por la frecuedcia de asociacion de las especies y tambien por su reunion en muchos casos, de tres especies principales en un sólo individuo; 3<sup>a</sup> sin tener en cuenta las pequeñas diferencias de

coloracion, la forma, la mancha, la terminacion, el pronóstico &c. los períodos precedentes de la afeccion son en general los mismos, y 4ª la terapéutica es la misma para todas las especies, salvo aquellas ligeras variantes en el grado de resistencia de cada uno de los tratamientos. En fin, como la especie blanca no precede jamás á las otras especies, ni aparece sola con sus caracteres propios, sino que, por el contrario, se presenta siempre como consecuencia de otras especies, creemos, no obstante el buen éxito de la misma terapéutica en cierto número de casos, que debe formar una *seudo especie* y para distinguirla del verdadero carate debería añadirsele el epíteto de *overo*.

(Se continuará.)

MEMORIAS PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN SANTAFÉ DE BOGOTÁ  
 ESCRITAS POR PEDRO M. IBÁÑEZ, DOCTOR EN MEDICINA, Y MIEMBRO  
 DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

(Continuacion).

VI

Epidemia de sarampion—Té de Bogotá—Propagacion del coto y de la sífilis—Estudios de medicina—Cátedras desempeñadas por los doctores Broc y Daste—Publicaciones—Se estudia la doctrina de Broussais—Sus antagonistas—Anatómicos distinguidos—Primera operacion de catarata—Bibliografía médica—Boceto biográfico de don Sebastian López Ruiz—Disposiciones legislativas—Ley sobre Plan general de estudios—Creacion de las Cátedras de Anatomía general y Anatomía patológica—Profesores—Especial autorizacion concedida al Poder Ejecutivo—Facultad de medicina—Su instalacion—Sus miembros—Bibliografía—Informe—Crup—1830—Noticia biográfica del doctor José Fernández Madrid.

DE 1820 Á 1830.

El suceso más notable, para nuestra historia, de los ocurridos en 1820 fué el desarrollo de una fuerte epidemia de sarampion, sobre la cual no ha quedado documento alguno, y por consiguiente, ignoramos el número de víctimas que hiciera, y

las medidas sanitarias que se tomaran con el fin de evitar la propagacion de la enfermedad.

El año de 1821, llevó don Francisco Urquinaona, el té de Bogotá á Jamaica. Allí lo examinó el botánico frances Vanes-cut y lo calificó de igual al de China. Es de notarse que las opiniones de los botánicos nacionales y extranjeros que han examinado el té de Bogotá, están acordes sobre el aroma, sabor agradable, cualidades estimulantes y propiedades medicinales de esta planta; y llama la atencion que el uso de ella no se propagara en Europa, ni áun en España. Es más raro todavía que sea desconocida en nuestro pais, y especialmente en las regiones en que se produce silvestre.

Durante la segunda década de este siglo, se propagaron en Bogotá de una manera alarmante dos enfermedades: el *coto* y la sífilis. Sobre la primera hicieron monografías científicas los doctores Gil y Tejada y Joaquin Camacho, y en 1822 se preconizó en el *Correo de la ciudad de Bogotá*, la ceniza de esponja, administrada bajo la forma farmacéutica de caramelo, como el específico que merecia mayor confianza. Poco despues se recomendó el uso del *aceite de sal* y de la *sal de Antioquia*, asegurando se conseguian con ellos mejores resultados que con la esponja.

En cuanto al desarrollo de la sífilis, basta tener presente que, al partir del año de 1810, la capital fué ocupada por diversos y numerosos cuerpos de ejército, uno de ellos originario de Europa, el cual, es seguro, trasportó el gérmen de la enfermedad, la que, afligia tambien á las tropas patriotas, y á la poblacion de Santafé, ántes de esa época, aunque los casos eran raros.

Organizada la República, el Gobierno prestó preferente atencion al fomento de la instruccion pública y especialmente al de los estudios de medicina y con tal fin dispuso se dictasen lecciones de Anatomía, Cirugía, Patología interna (texto F. Sauvages) y Fisiología, en los Colegios de San Bartolomé y del Rosario, y encomendó la enseñanza de estos ramos: en el pri-

mer plantel, al doctor José Félix Merizalde, que habia sido fundador de estas Cátedras en 1812, y en el Colegio del Rosario, al doctor Benito Osorio, quien las habia servido, aunque con largas interrupciones, causadas por la guerra de la Independencia, desde 1811.

A fines del año de 1822, presentaron certámen público los estudiantes de medicina, de ambos Colegios y el acto de Fisiología en el Rosario, fué dedicado al Vicepresidente de la República y sostenido por el jóven Francisco A. Mendoza.

En los primeros meses del año de 1823 llegaron a Bogotá los doctores Pedro Pablo Broc y Bernardo Dáste, profesores de medicina franceses.

El doctor Broc era anatómico distinguido y celebró con el Gobierno un contrato, por el cual se comprometió á dictar lecciones prácticas de Anatomía y con tal fin abrió un curso, en una de las salas bajas del Hospital de San Juan de Dios, el sábado 2 de Noviembre de 1823.

Este profesor vendió al Gobierno por la suma de \$ 2,112 algunas figuras anatómicas, compra que fué censurada por la prensa, por el doctor Merizalde, quien sostenia que, siendo las lecciones prácticas, y sobre el cadáver, las figuras anatómicas iban á ser inútiles.

El doctor Dáste fué nombrado en Junio de 1824, por el Intendente de Cundinamarca, de acuerdo con el prior del Convento-hospital de San Juan de Dios, catedrático de cirugía. Este nombramiento fué ágricamente censurado por el doctor Merizalde en largos artículos insertos en la *Gaceta de Colombia* y en el *Correo de Bogotá*, en los cuales sostenia el autor que el doctor Dáste era un ignorante incapaz de llenar las funciones de Catedrático que inconsultamente se le habia confiado. El profesor frances combatió las opiniones del doctor Merizalde valiéndose de un folleto que tituló *Al público*, y el cual no fué la última publicacion de aquella acalorada discusion.

Las enseñanzas dadas por estos dos Profesores, especial-

mente por el doctor Broc que era un médico ilustrado, y los conocimientos que tenían los Profesores nacionales de la lengua francesa, fueron aparte de la comunidad de raza, las causas principales de que nuestros viejos Profesores se hicieran fervientes partidarios de la escuela de Broussais en especial, y de las doctrinas médicas francesas en general; no obstante que algunos médicos nacionales, á la cabeza de los cuales estaba el doctor José Joaquin García, se separaron del famoso sistema desde 1822.

Este núcleo de Profesores progresistas, á los cuales se agregaron pocos años despues los doctores Cheyne, Dávoren y Dudley partidarios de las doctrinas de Brown, el famoso y audaz antagonista de Broussais, sostuvo larga lucha con el resto de Profesores que ejercian en la capital, hasta que los estudios histológicos y anatomo-patológicos, arrojaron luz suficiente en aquel cáos de doctrinas extremas y exageradas.

En el curso anatómico dictado por el doctor Broc se formaron dos Profesores distinguidos de esta ciencia: Leon Vargas, natural del Socorro, el cual, por desgracia, falleció muy jóven con el honor de ser el primero que practicó en nuestro país la operacion de la catarata; y Francisco M. Quijano, tan hábil anatómico, que mereció ser designado para reemplazar en la Cátedra á su maestro cuando éste la abandonó por causas que aunque justas son ajenas de esta relacion.

Débase al doctor Broc la *fundacion* del curso de anatomía práctica, base de los estudios médicos, y la cual no habia sido enseñada ántes de él sino teóricamente ó sobre figuras, métodos incompletos en los cuales no hubieran podido formarse Profesores de anatomía.

Este eminente Profesor regresó á su patria y murió en ella en la indigencia despues de haber publicado una importante obra de anatomía descriptiva el año de 1837.

A causa de una epidemia de *tos y calentura* que hubo en Bogota en 1823, se publicó una "*Receta*" para el tratamiento de

ella, escrita por el doctor José Félix Merizalde; en el mismo año apareció una "*Memoria sobre la leche del árbol vaca*" y al siguiente otra *sobre el Urao*, ámbas trabajadas por don M. Riveiro y M. Boussingault; y finalmente, en la Habana publicó un trabajo científico *sobre el influjo de los climas*, el doctor José Fernández Madrid y el cual fué tan ventajosamente juzgado por los médicos de la Habana que incorporaron al doctor Fernández á la Real Academia de aquella ciudad. Estas fueron las primeras publicaciones científicas que se hicieron por hijos del país después de terminada la guerra de la Independencia.

Don Sebastian López Ruiz, el mismo que pretendía el título de descubridor de las quinas del Nuevo Reino en tiempo de la colonia, también ocupó la atención pública en 1823 con varias publicaciones en las cuales pretendió probar que en la capital de la República no había médicos ni verdaderos estudios de medicina. Fué el doctor Merizalde quien se encargó de combatir, espontáneamente, las exajeradas opiniones de López Ruiz, publicando con tal fin un folleto intitulado "*El empírico de Bogotá*" en el cual desvanecía los cargos hechos á la naciente Escuela de Medicina nacional.

Y como es esta la última vez que nos ocuparemos de López Ruiz, creemos de justicia hacer mención de sus méritos y servicios, los cuales son desconocidos.

Nació don SEBASTIAN LÓPEZ RUIZ en la ciudad de Panamá, en el mes de Enero de 1741. Fué hijo legítimo de don Manuel José López. Escribano Real Público de Número, y de doña María de la O. Ruiz, descendientes de conquistadores, "limpios de toda mala raza y cristianos viejos."

Don SEBASTIAN LÓPEZ principió sus estudios en la Real y Pontificia Universidad de San Francisco Javier, de Panamá, el año de 1753. En aquel plantel cursó Artes, Física, Metafísica y Lógica, y á los 15 años de edad obtuvo título de Bachiller en Artes.

En 1758 pasó á la floreciente ciudad de Lima con el fin de

estudiar medicina en la Universidad de San Márcos, en la cual habia Cátedra médica desde 1680, y despues de cursar en ella Artes, algunos ramos de Jurisprudencia y todos los relativos á medicina, se retiró del Instituto honrado con los grados de Bachiller, de maestro en Artes y de Profesor en medicina.

Poco tiempo despues de haber terminado sus estudios, fué nombrado, con anuencia del Virey del Perú, Proto-médico de la ciudad del Cuzco y luego promovido en servicio de la misma plaza á la ciudad de Panamá.

Por los años de 1770 vino á Santafé en donde se estableció dedicándose al ejercicio de la profesion de médico. En aquella época casó con doña María de Aldana y en su matrimonio tuvo larga descendencia.

Habiendo tenido noticia por don Miguel de Merizalde y Santisteban de que en los montes cercanos á la capital existian árboles de quina, se apresuró á recoger muestras de corteza y las remitió á España y solicitó del Virey don Manuel Antonio Flórez el título de descubridor de las quinas del Nuevo Reino. Esta solicitud fué origen de un pleito seguido entre LÓPEZ RUIZ y el señor Mútis y sentenciado á favor del segundo no obstante haberse trasladado LÓPEZ RUIZ á España con el fin de agenciar el negocio personalmente. Cuando regresó al pais, fué encargado de conducir una librería científica que el Gobierno español remitia al de la Colonia.

En consideracion á los servicios que LOPEZ RUIZ habia prestado en el descubrimiento de las quinas del Nuevo Reino y teniendo en cuenta su capacidad científica, se le nombró, por Real órden de 1778, encargado de recorrer las montañas del pais y de estudiar los lugares en que crecian las quinas y la canela de los Andaqués.

El año de 1783 regresó el doctor LOPEZ RUIZ despues de haber cruzado el territorio del Vireinato en todas las direcciones en desempeño de la mision que se le habia confiado. Escribió una interesante relacion (inédita) del viaje que hizo á los Anda-

qués. Da razon en ella de los parajes en que crece la quina; habla del cultivo de la coca, del algodón, del tabaco y de la canela silvestre; enumera las nacientes poblaciones de aquel vasto territorio, y refiere las costumbres de las tribus indias que las habitan; describe el nacimiento y curso de los rios principales que fertilizan aquellas comarcas, é indica la riqueza mineral que ellas encierran.

En 1790 escribió una larga relacion sobre la abundancia de minas de azogue que hay en Panamá, del cual envió muestra á la madre patria.

Enemigo irreconciliable del señor Mútis, por creer que él le había usurpado el descubrimiento de las quinas, elevó un informe al Rey de España (1790) sobre el atraso en que se encontraba el ejercicio de la medicina en la capital del Nuevo Reino; y en él aseguraba que los que en aquella época ejercian tal profesion eran personas incompetentes, incluso el señor Mútis.

A fines del siglo pasado hizo segundo viaje á España con el fin de obtener un premio monetario por sus servicios, lo que consiguió siendo nombrado empleado de Hacienda en Quito. Tuvo en ese viaje la satisfaccion de ser incorporado á varias sociedades científicas, entre otras, á la Real de Medicina de Madrid.

Antes de regresar á Quito, hizo una publicacion en Madrid sosteniendo que él era verdadero descubridor de las quinas.

Encargóse del destino que el Rey le habia dado en Quito en 1804 y lo sirvió hasta 1812, año en que fué desterrado de aquella ciudad por las autoridades patriotas. Desde entónces vivió de nuevo en Santafé en donde residió hasta su muerte.

Don SEBASTIAN LÓPEZ RUIZ fué enemigo declarado de la revolucion de la Independencia y durante ella prestó á las autoridades españolas apoyo decidido.

Anciano y pobre pasó en Bogotá los últimos años de su vida ejerciendo la Medicina, aisladamente, pues sostenia que fuera de él no existia en la ciudad médico alguno.

Por disposicion legislativa de 28 de Julio de 1824, sobre

arancel de derechos judiciales, se fijaron los que correspondían á los médicos y cirujanos en los reconocimientos y autopsias medico legales.

Por ley de 18 de Abril de 1825, se derogó la bárbara disposición que impedía á los hijos ilegítimos optar grados académicos, quedando en consecuencia destruida el injusto privilegio de que gozaban los hijos legítimos en tiempo de la colonia.

Las enseñanzas de Medicina continuaban como en 1822 en los Colegios de San Bartolomé y el Rosario, sin que los estudios incompletos que se hacían permitiesen formar hábiles Profesores.

El Secretario de lo Interior, doctor José Manuel Restrepo, solicitó con instancia del Congreso de 1826 la expedición de una ley que fijara el "plan general de estudios" que debía regir la Instrucción pública en la República, con el fin de trasformar la educación viciada, con los hábitos coloniales, tan completamente como se habían cambiado las instituciones políticas. La ley, resultado de tan importante solicitud, llenó el fin deseado. Ella incorporó los estudios de medicina á las Universidades y fijó los cursos que debían ganarse para obtener los títulos de médico, cirujano y farmaceuta y dispuso que las Escuelas de Medicina tuviesen anexos: biblioteca, anfiteatro anatómico, laboratorio de química y farmacia, colección de instrumentos quirúrgicos y jardín de plantas medicinales; y que los jóvenes que se matriculasen en ellas tuviesen previos conocimientos de filosofía, química, física y lenguas castellana, griega y latina.

La primera Escuela universitaria abrió, en 1827, Cátedras de anatomía general y particular, fisiología, higiene, patología general y particular, terapéutica y materia médica, clínica médica y quirúrgica, cirugía y farmacia prácticas, obstetricia, historia y bibliografía de ciencias médicas, medicina legal y anatomía patológica.

La creación de los cursos de Anatomía general y Anatomía patológica inició en Colombia una nueva era de progreso en las ciencias médicas, hasta entonces deficientes por falta de Escuela donde estudiarlas.

Los cursos médicos Universitarios quedaron á cargo de los doctores: Francisco Quijano, Benito Osorio, José C. Zapata, Bernardo Daste, José F. Merizalde y Manuel M.<sup>a</sup> Quijano, venerables fundadores del profesorado médico universitario en nuestro país.

Esta ley de instruccion pública, ley de verdadero progreso, por circunstancias diversas, ajenas de este lugar, no tuvo entero y debido cumplimiento. El clero católico la combatió duramente por comprenderse en el "Plan de estudios" los de Legislacion de J. Benthan, prohibidos por la curia romana desde 1819, y sólo el apoyo decidido que le prestó el Poder Ejecutivo nacional y la ardiente cooperacion de los profesores nombrados, pudo salvarla de ser infecunda ó no cumplida.

Por disposicion legislativa de 18 de Marzo de 1826, quedó el Poder Ejecutivo especialmente autorizado para crear cátedras universitarias, las cuales fueron separadas, por la misma ley, de la Universidad Angélica, única que habia existido en el país.

Por ley nacional se creó tambien la FACULTAD DE MEDICINA \* la cual se instaló el dia 3 de Febrero de 1827 con carácter de Seccion universitaria.

Poco tiempo despues fué investida, oficialmente, de autoridad bastante para desempeñar las funciones y atribuciones

---

\* Artículo 216 del decreto sobre plan de estudios de 3 de Octubre de 1826. "Serán funciones de la Facultad de medicina de cirugía y de farmacia, en lo relativo á la instruccion pública: 1º Promover el estudio teórico y práctico de las ciencias médicas, por cuantos medios estén á su alcance y les sugiera su celo. 2º Llevar á la perfeccion el establecimiento de la Academia de emulacion en la parte relativa á las ciencias médicas, y hacer que los jóvenes cursantes reciban en las sesiones académicas particulares, toda la instruccion necesaria especialmente para la práctica. 3º Cuidar de que se forme é imprima á la mayor brevedad un curso completo de los ramos de las ciencias médicas que deban enseñarse en la respectiva Escuela de medicina, acomodado al clima. constitucion y enfermedades de los habitantes de Colombia, el que á más de contener las mejores doctrinas de los autores que se han indicado para dictar los cursos, y los últimos descubrimientos tenga la brevedad necesaria para las Escuelas." Además quedó encargado para promover la buena marcha de las Escuelas de medicina; examinar sangradores, parteras y farmacéutas, y expedirles diplomas; de hacer visita anual de boticas, de promover Juntas de sanidad y velar por el cumplimiento de estas leyes &<sup>a</sup> &<sup>a</sup>

conferidas por las leyes españolas á los Tribunales de Protomedicato.

Esta Corporacion se organizó interiormente como sigue:

#### MINISTROS DEL TRIBUNAL.

<i>Director,</i>	JUAN MARÍA PARDO.
<i>Vice-Director,</i>	BENITO OSOBIO.
<i>Primer Conciliario,</i>	BERNARDO DASTE.
<i>Segundo Conciliario,</i>	DOMINGO SAIZ.
<i>Censor,</i>	DOMINGO ARROYO.
<i>Primer Conjuez,</i>	JOSÉ J. GARCÍA.
<i>Segundo Conjuez,</i>	JOSÉ F. MERIZALDE.
<i>Secretario general,</i>	BERNARDO DE FRANCISCO.

#### MIEMBROS ORDINARIOS.

MIGUEL IBÁÑEZ.	MARIANO BECERRA.
PEDRO P. FRANCO.	AGUSTIN LAPERRIÈRE.
DOMINGO ARROYO.	SINFOROSO GUTIÉRREZ.
ESTEBAN GOUDOT.	CÁRLOS BONGOMERI.
RAFAEL FLÓREZ.	

#### MIEMBROS PROPIETARIOS.

JOSÉ C. ZAPATA.	AGUSTIN LAISECA.
MANUEL MARÍA QUIJANO.	ANTONIO MENDOZA.
JOAQUIN MOYA.	..... LIENDO.
LÁZARO HERRERA.	..... VÁRGAS.

#### MIEMBROS HONORARIOS.

JUAN MARÍA CÉSPEDES.

#### CORRESPONSALES NACIONALES.

CABRERA.	CARREÑO.
VÁRGAS.	FERNÁNDEZ MADRID (residente en Lóndres).

## CORRESPONSALES EXTRANJEROS.

*(Residentes en Paris).**Andrieux.**Cazenave.**Mayolvi.**Alibert.**Deslandes.**Paillard.**Broussais.**Goupil.**Tavernier.**Beande.**Larrey.**Ollivie.**Boux.**Martinet**Magendie y**Portal.*

El día 16 de Marzo celebró la Facultad sesión solemne para festejar su completa organización, y desde esa época comenzó á llenar las funciones para que había sido creada. Fué esta sociedad la segunda de medicina que existió en nuestro país.

Varios de sus miembros presentaron á la Corporación importantes estudios científicos: el primer Conjuetz, doctor José Joaquín García hizo imprimir una "*Memoria que describe el carácter y método curativo de la disenteria idiopática y que descubre la disenteria mecánica, desconocida hasta hoy en la historia de la medicina,*" sobre la cual haremos una apreciación más adelante.

En 1828 publicó don Manuel María Quijano dos estudios científicos: el primero sobre el "*contraveneno de la víbora;*" y el segundo sobre la "*Salina de Cipaquirá.*"

El doctor José Félix Merizalde dió á la luz pública —1828— el "*Epítome de los elementos de higiene*" obra extractada de la del profesor Tonrtelle y adaptada á las necesidades y usos de nuestro país, y que fué adoptada por el respetable cuerpo universitario como texto de enseñanza. Debemos consignar aquí el nombre de don Julian Tórres, quien contribuyó con sabios consejos á la formación de la obra del doctor Merizalde. Queremos dejar al buen juicio del lector la apreciación de esta obra, y con tal fin, vamos á transcribir diversos párrafos de ella.

“La *chicha* es una bebida tan sana y tan útil en Colombia, como lo son las cervezas en los países del Norte, en la Inglaterra y Alemania y lo es el *pulque* \* en Méjico. La *motua* (*agave Americana*) es la que sirve para hacer el *pulque* que los mejicanos llaman *octli*. Hácese del modo siguiente: cuando la *motua* llega á cierto tamaño y madurez, le cortan el tallo ó por mejor decir las hojas tiernas, de que sale el tallo y que están en el centro de la planta y dejan allí una cavidad proporcionada. Raspan despues la superficie interior de las hojas gruesas que circunda aquella cavidad, y de ella sacan un jugo dulce en tanta cantidad, que una sola planta da más de 600 libras, y en todo el tiempo de la cosecha más de 2,000. Sacan el jugo de la cavidad con una caña ó mas bien con un calabazo largo y estrecho llamado *mate* y despues la ponen en una vasija hasta que se fermente, lo cual sucede antes de 24 horas. Para facilitar la fermentacion y dar mas fuerza á la bebida le ponen una yerba llamada *ocpatli* ó remedio del vino. El color del pulque es blanco el sabor algun tanto áspero, y la fuerza bastante para embriagar, aunque no tanto como el vino de uva. Es bebida sana y apreciable por muchas razones, pues es excelente diurético y remedio eficaz contra la diarrea y aún para la disenteria segun me ha asegurado un hijo de Bogotá que estuvo en Méjico.”

“El *Guarapo* en tierra caliente no es más que la combinacion de buena miel de caña mezclada en iguales partes con agua y puesta á fermentar en una tinaja. Hay tierra caliente en la que está fuerte ántes de 24 horas. La panela sirve en lugar de la miel. La aguamiel de que tanto uso se hace en los climas cálidos de Colombia es una de las especies de hidromiel cuyo uso, confirma entre nosotros, las virtudes que Plinio le atribuía, como curar la tos, y hacer vomitar cuando se toma tibio. Es útil para inyecciones en los flujos de los oídos (oto-

\* ¡Pulque es palabra tomada de la lengua chilena.

“ rrea) y en las fístulas de las partes de la generacion. Tambien  
 “ es muy útil en los golpes y contusiones.....”

Haciendo el estudio de los frutos dice: “ La *poma-rosa*  
 “ fruto de un árbol de la magnitud de un roble. Su color es va-  
 “ riado entre amarillo y verde. Su magnitud la de un pequeño  
 “ limon: interiormente tiene una almendra triangular movible.  
 “ Su sabor y olor es el de la rosa combinada con azúcar. Las  
 “ hay en Giron, Cúcuta y Villa de Leiva en donde las llevan las  
 “ señoras por su fragancia igual á la de la esencia de rosa. El  
 “ señor Matiz no la conoce ni yo he podido conseguir una flor  
 “ para averiguar su clase y género.....”

“ Los *arrayanes* son frutos de un árbol que se da en los  
 “ climas frios. Su magnitud es igual á la de los mortiños y su  
 “ color es encarnado. Su gusto es algo dulce pero muy astringente  
 “ y se digieren con gran dificultad.”

Tratando de los placeres del amor dice: “ Los débiles,  
 “ los convalescientes y los enfermos del pecho deben ser parcos  
 “ en los placeres y reprimir los movimientos de la carne,  
 “ pues para ellos el escollo de los placeres del amor es muy  
 “ peligroso, pues dice Vernette que vió morir de repente á  
 “ muchos que usaron del matrimonio estando sin restablecerse  
 “ de una enfermedad. Yo he presenciado dos muertes muy pron-  
 “ tas por la misma causa, finalmente las personas robustas, dice  
 “ Celso, no deben entregarse al placer con mucho ardor ni abs-  
 “ tenerse con escrúpulo. \* Los placeres usados con moderacion

\* “ No hagas al jóven prematuramente  
 Unir del matrimonio con los lazos,  
 Pues solo prole sin vigor y débil  
 Engendrará su cuerpo delicado.

Huya de los placeres de himenco  
 Si no abreviar sus días quiere el anciano  
 Y que su antorcha, en vez del nupcial lecho  
 La senda alumbré del sepulcro helado.

A vosotros adultos os conviene  
 Seguir de Vénus la bandera osados,  
 Y á sus dulces combates y á sus lides  
 Exponer vuestros pechos sin reparo.”

“ dan actividad y ligereza al cuerpo en lugar que los excesos lo “ debilitan y enervan.”

Juzgamos suficiente lo copiado para poder formar idea de la extensa obra del doctor Merizalde, la cual tiene el mérito de haber sido escrita en una época en que las ciencias médicas no habian adquirido desarrollo en nuestro pais, y pone de manifiesto los vastos conocimientos y la aplicacion al estudio del citado profesor, á la vez que su genio observador.

En 1830, la facultad de Medicina publicó un folleto llamado: “ *Observaciones sobre la fiebre epidémica, que se presentó en el cuatrimestre último de 1830 y preceptos de Higiene,*” trabajo encaminado á propagar en el pueblo principios científicos sobre profilaxia y tratamiento aplicable á la referida epidemia, escrito por una Comision de la Facultad compuesta de los doctores Manuel M. Quijano, José Félix Merizalde, Benito Osorio, Pedro Herrera y Vicente Lombana.

El año anterior, 1829, quedó encargada la Facultad de presentar al Gobierno un informe del modo como debieran extraerse las quinas y demas sustancias útiles á la medicina y á las artes que existieran en los bosques de la República, comision que fué cumplida satisfactoriamente por la corporacion.

El año últimamente citado se desarrolló en Bogotá una fuerte epidemia de crup, la cual por fortuna, fué combatida con éxito y no tuvo larga duracion.

Infausto fué para la República el año de 1830. En él tuvieron lugar: la Revolucion que dió por resultado la disolucion de la gran Colombia; el asesinato del gran Mariscal de Ayacucho; la muerte del Libertador, ocurrida el 17 de Diciembre, y descrita por su médico de cabecera, doctor A. P. Révérend en un folleto que intituló: “ *La última enfermedad los últimos momentos y los funerales de Simon Bolívar, Libertador de Colombia y Perú*” que fué impreso en Paris en 1866 y finalmente el fallecimiento del doctor JOSÉ FERNÁNDEZ MADRID hijo distinguido de Cartagena, nacido de familia ilustre en 1789.

El doctor FERNÁNDEZ MADRID cursó Derecho y Medicina en el Colegio Mayor del Rosario — de esta ciudad — se graduó en ambas Facultades y se dedicó al ejercicio exclusivo de la última.

Desde 1810 se distinguió como patriota. Al año siguiente fué elegido Síndico personero comun de la Municipalidad de su ciudad natal; en 1812, Diputado al Congreso de Nueva Granada; en 1813, promovió en Bogotá, una suscripcion para auxiliar con su producido al ya ilustre General Bolívar; 1814, hizo parte del Poder Ejecutivo; y, finalmente, en el *año del terror*, en 1816, desempeñó la Presidencia de las Provincias Unidas, y con tal carácter se vió obligado á dejar la capital y encaminarse á Popayan. Posteriores acontecimientos lo hicieron prisionero de los españoles, lo que equivalia en aquella época á estar condenado á muerte. Persuadido de que el sacrificio de su vida, seria inútil á la causa de la Patria, pidió gracia al Pacificador Morillo, y este, le conmutó la pena por destierro á la Habana, ciudad en donde residió largo tiempo dedicado al ejercicio de su profesion médica y al estudio. Allí publicó un trabajo sobre “los climas” y otro sobre “fiebres” \* de cuyo mérito da testimonio la corporacion científica llamada “Real Sociedad” que existia en aquella ciudad, la cual le extendió diploma de miembro de ella, como premio por sus importantes publicaciones. Tambien escribió sobre el “tabaco” una memoria interesante.

El doctor FERNÁNDEZ MADRID, colaboró en el célebre *Semanario*; redactó con Torices en 1811 *El Argos de Cartagena*, y en varias publicaciones periódicas dió á luz pública poesías y composiciones literarias de diverso mérito.

El Libertador, que conocia personalmente al doctor FERNÁNDEZ MADRID y que apreciaba su mérito, lo escogió para que fuese el Representante de la República en Iglaterra cargo hon-

---

\* Ensayo analítico sobre la naturaleza, causas y curacion de la calentura Thermo-adynamica y Termo-atáxica, llamadas calentura amarilla de América. Vómito prieto. (1821).

roso que sirvió el doctor MADRID desde 1827. En el mismo año recibió nombramiento de miembro corresponsal de la Facultad de Medicina nacional, y desde 1826 lo era de la Academia nacional creada por la ley de instruccion pública expedida en aquel año. Falleció en Bearn, cerca de Lóndres, el 28 de Junio de 1830.

## ÍNDICE.

	Pág.
Acta de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, Agosto de 1882.....	193
✓ Talla hipogástrica, doctor Eusebio Cadena.....	195
✓ Ovariectomía, operacion de Battey, doctor Cárlos Putnam.....	198
Aparato aspirador de los fragmentos de cálculos despues de la litotricia, por los señores doctores Fonnegra y Duran, doctor Gabriel Angulo.....	202
Afecciones cutáneas de origen nervioso, H. Leloir.....	206
Zona .....	208
Lepra .....	211
Angina <i>pectoris</i> , doctor Aristίδes B. Gutiérrez.....	215
Alcohol (continuacion), Marvaud.....	219
Carate (continuacion), doctor J. Gómez.....	222
Memorias para la historia de la medicina en Santafé de Bogotá, doctor P. M. Ibáñez.....	225